Aus dem Kgl. pathologischen Institute in Kiel.

Fünf Fälle von Ulcus ventriculi
mit Beteiligung
des Oesofagus und Duodenums.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hermann Röschmann,

approb. Arzt aus Nortorf i./Holstein.

Kiel 1899.

Druck von H. Fiencke.

Aus dem kgl. pathologischen Institute in Kiel.

Fünf Fälle von Ulcus ventriculi
mit Beteiligung
des Oesofagus und Duodenums.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Hermann Röschmann,

approb. Arzt aus Nortorf i./Holstein.

Kiel 1899.

Druck von H. Fiencke.

No. 56.

Rektoratsjahr 1898/99.

Referent: Dr. **Heller.**

Druck genehmigt:

Dr. **Völckers,**
Dekan.

Meinen lieben Eltern

aus Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0158

Das ulcus ventriculi simplex ist ein so häufiges und leicht zu findendes Vorkommniss auf dem Sektionstisch, dass es dem Pathologen schon lange bekannt ist. Wenn auch die Litteratur reich an Abhandlungen über die Aetiologie desselben ist, so ist dieselbe doch noch nicht vollständig klargestellt. Im Vorliegenden kann ich hierauf nicht näher eingehen, ebenso nicht auf das ulcus des duodenums, von dem es schon lange feststeht, dass es auf derselben Basis beruht und durch dieselben Schädlichkeiten bedingt wird wie das ulcus ventriculi.

Sehr wenig beschäftigt hat man sich bisher mit dem Oesofagusgeschwür, über dessen sicheres Bestehen man erst in neuerer Zeit zuerst besonders durch Quincke-Kiel aufgeklärt ist.

Von vielen Autoren wird, wie Ortmann in seiner Dissertation zeigt,[1]) das Oesofagusgeschwür zum Teil nur als sehr selten vorkommend bezeichnet, zum Teil sogar abgeleugnet.

Albers erwähnt in seinen „Erläuterungen zum Atlas der pathologischen Anatomie 1839" ein ulcus oesofagi, das sich wie ein ulcus ventriculi verhält.

Rokitansky stellt es in seinem „Lehrbuch der pathologischen Anatomie" als eine äusserst seltene Erscheinung dar.

Zenker und Ziemssen [Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie] halten es für bedingt durch Carcinom.

---

[1]) Ortmann, Über Oesofagusstenose nach ulcus oesofagi simpl. Dissertation Kiel 1892.

Birch-Hirschfeld [Lehrbuch der pathologischen Anatomie] leugnet sein Vorkommen ganz.

Ziegler erwähnt schon in seiner „pathologischen Anatomie“ 1887, dass nach Quincke, Chiari und Reher ulcera oesofagi ex digestione vorkommen sollen.

Die ersten Fälle von ulcus oesofagi, die sicher auf derselben Basis wie das ulcus ventriculi beruhen, hat Quincke-Kiel 1879 veröffentlicht;[1]) einen ähnlichen Fall hat derselbe Autor 1882 veröffentlicht,[2]) der noch besonders dadurch interessant war, dass das Geschwür zu einer Klappenbildung an der Cardia geführt hatte; auf letzteren Fall werde ich später noch ausführlicher zurückkommen. Im Jahre 1888 sind alle Fälle, im ganzen XV, von E. Berrez zusammengestellt worden.[3])

Ausserdem verweise ich noch auf die Dissertation von Carstens: „Beitrag zur Lehre und Statistik der Oesofagusgeschwüre.“ Dissertation Kiel 1889.

Aus der Sammlung des pathologischen Instituts zu Kiel stehen mir durch das Entgegenkommen des Herrn Geheimrats Prof. Dr. Heller mehrere sehr interessante Fälle zur Verfügung, in denen nicht nur der Oesofagus, sondern auch gleichzeitig das Duodenum befallen ist.

I. Fall.

Der erste Fall war schon klinisch sehr interessant, die klinischen Angaben verdanke ich den behandelnden pract. Ärzten Herrn Dr. med. Wiese und Herrn Dr. med. Künkler-Kiel.

Zunächst werde ich eine kurze Übersicht über den wesentlichen Krankheitsverlauf und Sektionsbefund dieses Falles geben, um ihn dann ausführlicher zu erörtern.

Wesentliches aus der Krankengeschichte:

N., Maurer, 38 Jahre alt, kräftig gebaut, starker Po-

---

[1]) Deutsches Archiv für klin. Med. 1879 XXIV. Quincke.

[2]) Deutsches Archiv für klin. Med. 1882 XIV.

[3]) E. Berrez: De l'ulcère simple de l'oesophage. Dissertation 1888. Paris.

tator. Seit Anfang des Jahres 1898 Magenbeschwerden: Appetitlosigkeit, Schmerzen links vom sternum nach oben ausstrahlend. Anfang März starkes Blutbrechen mit folgendem Collaps. Einige Wochen nur geringe Beschwerden, dann Wiederauftreten derselben. Anfang November Stuhlverhaltung. Am 5. November nach einem Klysma Entleerung reichlicher Mengen geronnenen Blutes mit folgendem Collaps. In der Nacht vom 6. auf 7. Nov. beim Stuhlgang wieder Entleerung grosser Blutmengen mit folgendem schweren Collaps. Am 8. November morgens exitus infolge des starken Blutverlustes.

Kurze Epikrise.

Das Blutbrechen Anfang März ist, wie die Sektion gezeigt hat, durch ein Oesofagusgeschwür bedingt gewesen, ebenso die nach oben ausstrahlenden Schmerzen. Das Geschwür wird vielleicht durch Emboli ausgehend von der Aortenklappe veranlasst sein, ebenso wie das Duodenalgeschwür, aus dem die zum Exitus führende Blutung stattgefunden hat.

Krankengeschichte:

Patient, der früher immer ganz gesund gewesen ist, klagt seit Anfang des Jahres 1898 über Magenbeschwerden, Appetitlossigkeit, Schmerzen in der Magengegend, zeitweises Erbrechen. Anfang März wird Patient bei der Arbeit von einem starken Blutsturz befallen; er verliert die Besinnung, sodass seine Arbeitsgenossen ihn nach Hause tragen müssen. Er hat dann ca. 4 Wochen gelegen und dann wieder die Arbeit aufgenommen. In den ersten Wochen ist es ihm besser ergangen, dann sind aber die Magenbeschwerden wieder stärker geworden, und er hat sich wieder an einen Arzt gewandt, dem er immer verschwiegen hat, dass er im März einen Blutsturz gehabt hat. Es haben sich bei ihm alle Symptome des Magenkatarrhs gefunden, woraufhin er auch behandelt ist. Patient war sehr starker Potator und hielt auch nicht die ihm vorgeschriebene Diät inne.

Am 2. November hat sich nun bei ihm plötzlich Stuhlverhaltung eingestellt. Am 5. morgens bekam Patient Ricinusöl, und als dieses nicht wirkte, am Abend ein Klysma.

Mit demselben wurden reichliche Mengen geronnenen Blutes entleert. Patient verlor das Bewusstsein, der Puls war klein. Am 6. war Patient noch bei vollem Bewusstsein, er fühlte sich nur sehr schwach, seine Beschwerden waren aber gering. In der folgenden Nacht stand Patient auf zum Stuhlgang, wobei er wieder reichliche Mengen Blutes entleerte, es erfolgte wieder ein schwerer Collaps; Patient erholte sich noch einmal wieder, sodass am 7. morgens sein Bewusstsein noch wieder frei war; dasselbe schwand aber im Laufe des Tages, Patient lag vollständig teilnahmslos da, der Puls war sehr klein. Am 8. morgens trat dann der Exitus ein wohl infolge einer erneuten inneren Blutung.

Wesentlicher Befund[1]):

Gestorben am 8. Nov. morgens. Sektion am 9. Nov. mittags.

Perforirtes Geschwür der Cardia mit Übergreifen auf den Oesofagus — Duodenalgeschwür — Perforiertes Aneurysma der Gastroduodenalis in dasselbe — Perforationsperitonitis — Starke Hypertrofie der unteren zwei Drittel des Oesofagus — Frische und alte Endocarditis der Aortenklappen — Frische Thrombose der rechten Aorten fossae Sylvii — Starke Fäulnis.

Sektionsbericht:

Bauchhöhle: Därme stark aufgetrieben.

Peritoneum: mit leicht seifigem Belag.

Leber: am Rande des linken Lappens von schmutzig schiefriger Farbe, mit der vorderen Wand des Magens leicht verklebt; zwischen der unteren Fläche der Leber, der hinteren Wand des Magens, dem Zwerchfell und dem Pankreas ist ziemlich reichlicher Mageninhalt ergossen und die Oberfläche der genannten Organe zum Teil erheblich gequollen, von schiefriger Farbe. Von hieraus gelangt man dnrch eine 2 cm lange und 1 cm breite Öffnung in den Magen, das Peritoneum ist an den Stellen entzündlich verdickt, die Ränder etwas uneben.

---

[1]) S. No. 497 1898.

Die Speiseröhre mit dem Magen heraus genommen, ist in ihrem oberen Teile nicht verändert; 5 cm oberhalb der Bifurkation der Trachea und 17 cm oberhalb der Cardia ist die Wand 0,5 cm dick und aufgeschnitten 4½ cm weit; von hier an nimmt die Dicke der Wand zu und erreicht 5 cm, oberhalb der Cardia 1 cm; auch die Weite nimmt allmählich zu und beträgt 4 cm oberhalb der Cardia 7 cm. Die Innenfläche bis zu 9 cm oberhalb der Cardia von glatter blasser Schleimhaut überzogen; von hier an, wo die Erweiterung auch anfängt stärker zu werden, ist sie stellenweise durch narbiges Gewebe ersetzt, und in grosser Ausdehnung unregelmässig verteilt sieht man die ringförmig verlaufende Muskulatur streifig durchscheinen. Am Übergang des Oesofagus in den Magen ist derselbe aufgeschnitten 4 cm weit von Schleimhaut nur nach vorn hin ein etwas über 2 cm breiter Rest erhalten, das übrige besteht aus narbigem Bindegewebe, das sich rinnenförmig in einer Ausdehnung von 7 cm in der hinteren Wand des Magens in der Richtung der kleinen Curvatur hineinschiebt. Die Magenwand ist wallartig bis zu 1 cm erhöht, die grösste Breite dieses Geschwürs beträgt 3½ cm, an seinem unteren Ende befindet sich die oben erwähnte Perforation.

Der Magen selbst ist gross, die Wand 0,4 dick, im Innern zahlreiche wulstige Vorsprünge und deutlich hervortretende vergrösserte Drüsen. Am Pylorus 0,3 cm weit; die Wand 1,4 cm dick, besonders die Muskulatur; dicht hinter dem Pylorus beginnt das Geschwür, welches einen grossen Teil des Duodenum-Umfangs einnimmt, sodass nur noch 1,6 cm Schleimhaut übrig ist. Der Geschwürsgrund selbst ist 1 cm lang, 2 cm breit, die Ränder sind mässig verdickt, steil abfallend. Im Grunde des Geschwürs findet man das arrodirte Pankreas; am oberen Rande wölbt sich blasenförmig eine Gefässwand vor, in die eine ungefähr 2 mm breite Öffnung führt, von der aus man in die Arteria pankreatica gelangt. Der Pankreaskopf und die ganze Umgebung sind stark schwielig verdickt.

Im Darm reichlich blutiger nach unten zu theerähnlicher Inhalt. Die Schleimhaut zum Teil emphysematös, ebenso die

übrigen Baucheingeweide durch Fäulnisgase aufgetrieben und von missfarbener Beschaffenheit.

In den übrigen Eingeweiden sind nur noch Veränderungen am Herzen zu bemerken.

Herz 10 cm breit, 13 cm lang. Link. Ventr. 1,7, Septum 1,5. Recht. Ventr. 1,6 breit.

Beide Höhlen weit mit geringen Mengen flüssigen Bluts und Gerinnsels gefüllt.

Klappen zart mit Ausnahme der Aorta. Hier sind nur 2 Klappen vorhanden, von denen die der Mitralis zugekehrten 3 cm, die andere $3^1/_2$ cm breit ist. Die Höhe der ersteren beträgt fast 1 cm, die der zweiten 0,6 cm. An ihren Ansatzstellen sind dieselben mit einander verwachsen, wulstig verdickt. An dem Rande der nach rechts gerichteten Klappe befindet sich ein $1^1/_2$ cm langes, 0,5 cm breites, schräg verlaufendes Geschwür mit schmutzig gelbem Belag, teilweise verkalkt.

Epikrise.

Die Diagnose eines ulcus ventriculi bietet dem Kliniker in sehr vielen Fällen grosse Schwierigkeiten, oft ist sie sogar vollständig unmöglich. Ganz ausgeschlossen ist irgend welche nähere Angaben über den Sitz des Geschwürs zu machen. So kommt es, dass das Oesofagusgeschwür in frischem Zustande fast nie diagnosticiert wird, wenn nicht so starke Veränderungen vorhanden sind, dass sie mit der Sonde gefühlt werden können.

In dem vorliegenden Falle hätte das Blutbrechen Anfang März zur Annahme eines bestehenden Magengeschwürs führen müssen, Patient hat aber immer absichtlich den behandelnden Ärzten diese Angaben vorenthalten, wohl weil er fürchtete einer zu strengen Diät unterworfen zu werden. Es konnte somit nicht mit Sicherheit das Bestehen eines ulcus ventriculi festgestellt werden; anders verhielt es sich mit dem ulcus des duodenums. Schon nach der ersten Blutung nach dem Klysma konnte man mit Sicherheit ein solches annehmen. Wäre eine so starke Blutung aus einem Magengeschwür erfolgt, so hätte sich sicher Erbrechen eingestellt. Dass das Blut aus dem oberen Darmabschnitte kam, zeigte die theerähnliche Beschaffenheit des Stuhls.

Die Sektion bestätigte diese Annahme ja denn auch

vollständig. Überraschung bot der Befund an dem Oesofagus; es ist erstaunlich, dass so starke Veränderungen unter so geringen Erscheinungen verlaufen können, dass man nicht einmal den Verdacht auf eine Oesofagusaffektion hegte. Die Anfang März aufgetretene Blutung ist ja sicher durch dieses Geschwür bedingt gewesen, wie auch die Schmerzen links vom Sternum nach oben ausstrahlend jetzt ihre Erklärung finden.

Der Exitus ist durch eine dritte starke innere Blutung eingetreten, denn die Därme, besonders die oberen, waren stark mit frischem Blut gefüllt. Wäre der Exitus nicht auf diese Weise erfolgt, so hätte sicher die schon beginnende Peritonitis, die allerdings am Lebenden noch keine Erscheinung, besonders noch keine Temperaturerhöhung gezeitigt hatte, dazu geführt. Wie früher erwähnt, war eine Perforation des unteren Oesofagus erfolgt und Speisemassen hatten sich zwischen Leber, Zwerchfell, Magen und Pankreas angesammelt. Wenn sich auch Verklebungen gebildet hatten, so waren diese doch nicht fest genug, um die Bauchhöhle abzuschliessen, so dass bei der Sektion die schon beginnende Peritonitis nachzuweisen war.

II. Fall.

In dem zweiten mir vorliegenden Fall war es mir nicht möglich, genauere klinische Angaben zu erhalten, fest steht nur, dass während des Lebens ulcus ventriculi und Dilatatio ventrikuli mit Stenosis oesofagi diagnosticiert war; ich werde mich deshalb in diesem Falle hauptsächlich auf den pathologischen Befund beschränken.

Wesentlicher Sektionsbefund[1]):

Pr., 32 Jahre alt, Arbeiter.

Gestorben: 2. I. 10. V.

Sektion: 3. I. 11. V.

Klinische Diagnose: Ulcus ventriculi. Dilatatio ventr. (Stenosis oesofagi).

Doppelt stenosirendes, vollkommen perforirendes Duo-

[1]) S.-N. 5. Jahrgang 1893.

denalgeschwür. Grosses oberflächliches Oesofagusgeschwür an der Grenze der Cardia. Starke Erweiterung des Magens.

Sektionsprotokoll:

Pr. H., 32 Jahre, Arbeiter.

Bauch: Decken nicht aufgetrieben, schlaff, Höhle leer.

Leber: nach rechts verschoben, sodass das ligamentum hepatis ca. 2 Finger breit rechts von der Mittellinie verläuft; die ganze übrige Vorderfläche ist fast vollkommen eingenommen von dem sehr stark erweiterten Magen. Die grosse Curvatur liegt links nur durch das eng zusammengezogene mit harten Kotballen gefüllte Querkolon von der Darmbeinschaufel getrennt, sie reicht nach unten bis 7 cm oberhalb der Symfyse. Der Pylorusteil steigt senkrecht hinauf; seine Grenze ist $2^1/_2$ cm unter der 11. r. Rippe. Das Kolon verläuft senkrecht nach oben bis unter den rechten Leberlappen, von da parallel senkrecht herunter bis rechts vor die Blase und schlägt sich dann der unteren Bauchgrenze entlang verlaufend nach links hinter dem Magen hinauf bis unterhalb der XII. Rippe, biegt von da an um, läuft hinter dem Querkolon herunter und geht sofort ins Becken hinein, wo es nur eine ganz kurze Windung — kein S. romanum — zeigt.

Der Pylorus liegt unmittelbar neben der Mittellinie nach rechts.

Der Magen enthält 2150 gr. bräunlicher teils dünner teils dickbreiiger Massen, darin 1 Pflaumen- und 1 Rosinenkern. Der Pylorus ist für ein 1 cm dicke Pincette durchgängig, hat jedoch schlitzförmige Öffnung. Die Cardiaöffnung ist sehr hoch hinauf gerückt, bequem für den Daumen durchgängig, die Mündung etwas nach links hinten gerichtet, keinen klappenartigen Verschluss zeigend. Die Magenwand ist dick, gleichmässig fein warzig, sehr blass, in der grossen Curvatur von mehreren kleineren Blutungen durchsetzt. Im unteren Ende des Oesofagus am Übergang in die Cardia an der hinteren Wand ein reichlich 10 Pfennigstück grosses birnförmig gestaltetes Geschwür, die breitere Basis zeigt nach unten; oben ziemlich oberflächlich, nach unten an Tiefe zunehmend, grösste Tiefe 0,5 cm. Unmittelbar am Pylorus

findet sich im Duodenum ein etwa 10 Pf.-Stück grosses tiefes Geschwür, welches ausserhalb des Duodenums grösser ist als der Substanzverlust des Duodenums selbst, es nimmt den Nagelteil des kleinen Fingers völlig auf. Seine Basis wird anscheinend vom Pankreas gebildet. Die ganze Stelle des Duodenums ist durch narbige Schrumpfung eingeengt.

Leber klein, schlaff, auf dem Durchschnitt dunkelbraun.

Gallenblase weit, den Leberrand etwas überragend.

Milz klein, zähe, auf dem Durchschnitt mässig blutroth.

Nieren beide festsitzend, klein, die rechte Kapsel sehr fest haftend, doch glatt lösbar. Oberfläche glatt, mit einzelnen Cystchen. Auf dem Durchschnitt Substanz sehr blass, Nierenbecken und -kelche links erweitert.

Harnblase weit, enthält reichliche Mengen klaren Urins. Schleimhaut blass.

Epikrise:

Nach Angaben von Zenker und Ziemssen (Handbuch der speciellen Pathologie beruhen die Oesofagusgeschwüre immer auf Carcinom. In diesem Falle spricht schon das Alter des Patienten gegen diese Annahme; Patient ist erst 32 Jahre alt, ein Alter, in dem Carcinom sich sehr selten besonders beim männlichen Geschlecht entwickelt; auch das Aussehen des Geschwürs lässt nicht darauf schliessen, da wir es mit einer sehr oberflächlichen Ulceration zu thun haben. Ausserdem fehlen alle anderen Symptome, die das Carcinom mit sich bringt. Auch das Zustandegekommensein durch ein Divertikel lässt sich sofort bei Untersuchung des Präparats ausschliessen. Wir haben es also auch in diesem Falle mit einem Geschwür zu thun, das durch Cirkulationsstörungen bedingt ist. Letztere können auf so mannigfache Weise entstehen, dass es nicht immer möglich ist, durch die Sektion die direkte Ursache nachzuweisen. Wie das Aussehen des Mageninhalts zeigt, ist der Exitus jedenfalls durch eine starke Blutung in dem sehr dilatirten Magen erfolgt.

III. Fall.

Der dritte mir zur Verfügung stehende Fall ist schon

1882 von Quincke-Kiel aus klinischem Interesse wegen Klappenbildung an der Cardia veröffentlicht worden[1]). Deshalb werde ich die klinischen Verhältnisse nur kurz erwähnen, das Sektionsprotokoll aber zum Vergleich mit den übrigen Fällen ausführlich wiedergeben.

H. S., 42 Jahre alt, Arbeiter, seit 10 Jahren magenleidend, März 1878 häufiges Blutbrechen. Im März 1879 starke anfallsweise während des Essens auftretende Schmerzen in der Gegend des Schwertfortsatzes. Entleerung nach oben sehr leicht, Weg von oben nach unten sowohl für Speisen wie auch für die Sonde oft behindert. Im November 1879 Exitus infolge einer starken Magenblutung.

Anaemie aller Organe — Geschwür am unteren Oesofagus und an der Cardia — Grosses halbmondförmiges Geschwür in der Umgebung des Pylorus.

Epikrise:

Das Geschwür ist wie in den beiden vorhergehenden Fällen durch Cirkulationsstörungen bedingt. Der Exitus ist infolge einer starken Blutung aus dem Cardiageschwür eingetreten.

Wesentlicher Befund:

H. S., 42 Jahre alt, Arbeiter. Gestorben am 16. V. 1879, Sektion 17. V. 1879.

Sektionsprotokoll.[2])

Dilatation des Magens; zwei grosse callöse Magengeschwüre, von welchen das eine an der kleinen Curvatur gelegen 2—3 cm. breit, 8 cm. lang den Pylorus halbmondförmig umgreift, dasselbe ist alt, narbig, durchsetzt Mucosa und Muscularis. Der Pylorus ist etwas verengt, 4 cm. Umfang. Das 2. Geschwür bildet einen 4—6 cm. breiten Ring in der Gegend der Cardia, setzt sich aber gegen die kleine Curvatur zungenförmig fort, sodass hier sein grösster Durchmesser 11 cm. beträgt. Durch die Zerstörung der Schleimhaut ist die Grenzlinie zwischen Speiseröhre und

[1]) Deutsches Archiv für klin. Medicin XIV. 1882.
[2]) S.-N. 242. 1879.

Magen gänzlich vernichtet. Die Speiseröhre ist in ihrer unteren Hälfte trichterförmig erweitert, ihr Umfang beträgt am oberen Rande des Geschwürs 6,5, die Wanddicke 0,9 cm, die Ringmuskellage hat bis 0,3 cm, die äussere Längsmuskellage bis 0,2 cm Dicke. Da man nach der ziemlich scharfen unteren Grenze dieser verdickten Muskelhaut die Grenzlinie zwischen Speiseröhre und Magen bemessen kann, so ergiebt sich, dass das vorhin erwähnte Geschwür die Oesofagusschleimhaut auf eine Länge von 1,5 cm betroffen hat. Oberhalb des Geschwürs zeigt die Oesofaguschleimhaut Verdünnung, einige längsgestellte Narben und einen allmählichen Übergang in das eigentliche Geschwür, das in seinem oberen Teile flach, in seinem unteren Teile viel tiefer und narbiger und von der Magenschleimhaut wallartig begrenzt ist. Hier fand sich auch das klaffende Arterienlumen, aus welchem die tötliche Blutung erfolgt ist. Eine besonders tiefe Grube von 7 cm Länge und $3^1/_2$ cm Breite bildet der schon erwähnte zungenförmige Fortsatz des Geschwürs nach rechts vorn und unten, also gegen die kleine Curvatur hin. Der Geschwürsgrund wird hier von einem derben, teils mit der rechten Lunge, teils mit der Leber verwachsenen Narbengewebe gebildet und reicht an der tiefst gelegenen Stelle 1 cm weit buchtig unter die Magenschleimhaut. In diese Tasche, welche etwas nach rechts von der Fortsetzung der Achse des Oesofagus liegt, fing sich bei Lebzeiten die Sonde.

Epikrise:

Es ist anzunehmen, dass in diesem Falle zunächst ein einfaches ulcus ventriculi in der Umgebung der Cardia bestanden hat. Allmählig hat dasselbe auf die Cardia und die Schleimhaut des Oesofagus übergegriffen. Als es erst zu der schon erwähnten Klappenbildung an der Cardia und somit zur zeitweisen Stagnation der Speisemassen geführt hatte, war ein intensiver Reiz auf das Geschwür gegeben, sodass es nicht zu verwundern ist, dass es in die Tiefe gedrungen ist und zur Anätzung grösserer Gefässe geführt hat. Wir sehen denn auch aus dem Geschwürsgrund einen

ziemlich bedeutenden Gefässstumpf, aus dem die tötliche Blutung erfolgt ist, hervorragen.

IV. Fall.

In diesem Fall haben wir es mit einem 66jährigen Mann zu thun, bei dem die klinische Diagnose auf Carcinoma ventriculi gestellt war.

Die Sektion ergab folgenden Befund[1]):

M. 66 Jahre alt, Rentier. Gestorben am 16. V. 1878. Sektion am 17. V. 1878 V. Klin. Diagnose: Carcinoma ventriculi.

3 enorme chronische Magengeschwüre mit Perforation des Magens und Anätzung zahlreicher Gefässe. Das erste umgiebt die Cardia in ihrem unteren Teile, ist von eiförmiger Gestalt, ca. 2 1/2 cm lang,. 1 1/2 cm breit. Das zweite ca. 5 Markstück grosse fast runde Geschwür liegt in der kleinen Curvatur, betrifft die ganze Schleimhaut und dringt noch in die Muscularis ein. An dem oberen Rande des Geschwürs sieht man 4 geöffnete ziemlich oberflächliche Venen, von unten ragt aus dem Geschwürsgrund ein fast 1 cm langer ziemlich dicker Gefässstumpf hervor. Das dritte Geschwür, ca. 2 cm lang, reichlich 1 cm breit, liegt zu 2/3 im Duodenum, zu 1/3 im Bereich des Pylorus. Im Duodenum ist dasselbe oberflächlicher, während es im Bereiche des Pylorus zur Perforation geführt hat; vorher haben sich aber Verklebungen gebildet, sodass kein Mageninhalt ausgetreten ist.

Epikrise:

Wie schon erwähnt, war bei dem Patient bei Lebzeiten die Diagnose auf Carcinoma ventriculi gestellt worden, dazu geführt hatte wohl hauptsächlich das Alter und die Kachexie, die durch die Blutverlüste bedingt war. Die Sektion bestätigte die Diagnose nicht, denn es wurde mit Sicherheit festgestellt, dass keine carcinomatöse Entartungen vorhanden waren. Die Geschwüre beruhen also auch auf derselben Basis wie die vorher angeführten; auch in diesem Fall ist der Exitus durch Verblutung eingetreten.

[1]) S.-No. 125. Jahrgang 1878.

V. Fall.

In diesem Falle haben wir es mit schon verheilten Geschwüren zu thun, die sich als Nebenbefund bei der Sektion zeigten. Auch in diesem Falle war es mir nicht möglich, klinische Angaben zu erhalten.

Wesentlicher Befund: [1])

Enorme Lungentuberkulose mit Kavernen — Residuen von ausgebreiteter Bronchitis — Bronchicktatische Kavernen — Enorme tuberkulöse Geschwürsprocesse der Luftwege—Chron. Pachymeningitis — Hypertrofie des Herzens — Chron. Peritonitis — Leber- und Nierentuberkulose — Tuberkulöse Darmgeschwüre — Narben im Magen und Duodenum.

Erstere (2) liegen im Pylorusteil; die untere ca. $2^1/_2$ cm lang nahezu parallel mit dem Pylorus verlaufend, sich gabelförmig teilend, die obere in horizontaler Richtung verlaufend, kaum 2 cm lang, nach unten und oben je einen kurzen Fortsatz aussendend; der Pylorus ist narbig zusammengezogen, wodurch die starke Dilatation des Magens bedingt ist. Ausserdem findet sich im Duodenum noch eine kleine strahlenförmige Narbe.

Epikrise:

Wann das Geschwür in frischem Zustande bestanden hat, lässt sich nicht mehr feststellen; es ist anzunehmen, dass die Narben schon recht alt sind und dass die Geschwüre mit der Tuberkulose garnichts zu thun gehabt haben. Wären die Geschwüre erst neueren Datums, so würden sie bei der enormen Tuberkulose, an der der Patient litt und an der er auch zu Grunde gegangen ist, kaum zur Verheilung gekommen sein.

Schon seit längerer Zeit nimmt man, wie schon früher erwähnt ist, an, dass das ulcus des Duodenums auf derselben Basis beruht wie das ulcus ventriculi. In den drei ersten von mir angeführten Fällen besteht neben dem ulcus des Duodenums ein ulcus des Oesofagus, das dem ersteren an Aussehen und Beschaffenheit vollständig gleicht. Es ist deshalb auf Grund

[1]) S.-No. 300. Jahrgang 1878.

dieser Fälle anzunehmen, dass das Geschwür des Oesofagus wohl dieselbe Aetiologie haben wird, wie das des Duodenums, also auch wie ein einfaches Magengeschwür, eine Ansicht, die zuerst Quincke-Kiel vertreten hat.

Neben der eigenartigen Lokalisation der Geschwüre in den angeführten Fällen bieten sie auch sonst noch manches Beachtenswerte. Wir sehen auch hier wieder, wie schwer es in den einzelnen Fällen ist, bei Lebzeiten eine sichere Diagnose zu stellen. In dem ersten Fall konnte erst 2 Tage vor dem Tode, nachdem die starken Darmblutungen aufgetreten waren, mit Sicherheit ein Geschwür in den oberen Darmwegen angenommen werden, während die sehr starken Veränderungen im Oesofagus erst durch die Sektion aufgedeckt wurden. Im 2. und 3. Fall herrschte mehr Sicherheit, es erfolgte bei Lebzeiten häufigeres Erbrechen von Blut, das nur durch ein bestehendes ulcus erklärt werden konnte; im letzteren Fall konnten auch noch die Veränderungen im unteren Teil des Oesofagus mit der Sonde nachgewiesen werden. Ob in dem zuletzt aufgeführten Fall die Geschwüre bei Lebzeiten überhaupt irgend welche Erscheinungen gemacht haben, lässt sich jetzt leider nicht mehr mit Sicherheit feststellen. Sehr beachtenswert ist der klinische Verlauf im 4. Fall, wir haben es mit einem 66jährigen Mann zu thun, der in der letzten Zeit seines Lebens sehr abgefallen war. Als sich bei dem Pat. nun Magenblutungen einstellten, führte das Alter und die auffallende Kachexie, die in der letzten Zeit eingetreten war, zur Annahme eines Carcinoma ventriculi. Da in solchen Fällen die sofortige chirurgische Behandlung in Frage kommt, kann dieser Irrtum, so entschuldbar er auch ist, sehr verhängnisvoll werden.

Diese Fälle zeigen also auch wieder, wie schwer es vielfach ist, die Diagnose auf ein ulcus mit Sicherheit zu stellen und wie vorsichtig man bei der Differentialdiagnose sein muss. Sodann zeigt sich, dass Speiseröhrengeschwüre nicht eine solche Seltenheit sind, wie vielfach an-

genommen wurde; für die Diagnose ist bemerkenswert, dass sie nicht selten mit Magen- und Duodenalgeschwüren vereint vorkommen.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrath Prof. Dr. Heller und Herrn Prof Dr. Doehle für die freundliche Überlassung des Materials und für das mir bewiesene Entgegenkommen meinen herzlichsten Dank zu sagen.

Lebenslauf.

Ich, Hermann Röschmann, bin geboren am 11. Februar 1873 zu Nortorf i. Holst. als Sohn des Kaufmanns Röschmann. Michaelis 1893 erlangte ich das Reifezeugnis des Real-Gymnasiums zu Rendsburg, studierte dann 3 Semester in München und Leipzig Naturwissenschaften. Ostern 1895 bestand ich die Reifeprüfung des Gymnasiums zu Ratzeburg. Darauf studierte ich in Leipzig, Tübingen, Leipzig, Kiel, Berlin und wieder in Kiel Medicin. Meine ärztliche Vorprüfung bestand ich Ostern 1896 in Leipzig, mein Staatsexamen im W. S. 1898/99 in Kiel; meiner Dienstpflicht genügte ich beim Inf. Reg. Kaiser Friedrich König von Preussen No. 125 im Sommer 1896 in Tübingen.